

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSGRADO

**“FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES DE LA
HISTERECTOMÍA VAGINAL EN EL HOSPITAL SAN
BARTOLOMÉ ”**

**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
HUMANA**

**Para optar el Título de Especialista en
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

AUTOR

Irene Carmen Rosa Fernández Ponce

Lima – Perú

2014

DEDICATORIA

- **A MIS QUERIDOS PADRES QUE ME BRINDAN TODO SU AMOR, CONSTANTE ESTIMULO EN MI PROFESION Y MUCHO APOYO.**

MANUEL FERNANDEZ FERNANDEZ

DELIA PONCE LOZADA

- **A MI AMOR POR BRINDARME ESTIMULO EN MI PROFESION, MUCHA PACIENCIA, AMOR Y COMPRENSION.**

GEORGE BRUCE

AGRADECIMIENTO

AL SEÑOR DOCTOR SANTIAGO GUILLERMO CABRERA RAMOS, asesor de esta tesis, mi reconocimiento y gratitud por su constante estímulo y apoyo para la culminación de este trabajo de investigación.

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| RESUMEN..... | 06 |
| CAPÍTULO I: PLANEAMIENTO DEL ESTUDIO..... | 08 |
| 1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 08 |
| 1.2.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA..... | 09 |
| 1.3.- MARCO TEÓRICO..... | 14 |
| 1.4.- HIPÓTESIS..... | 18 |
| 1.5.- OBJETIVOS..... | 19 |
| 1.5.1.- OBJETIVO GENERAL..... | 19 |
| 1.5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 20 |
| CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS..... | 21 |
| 2.1.- TIPO DE ESTUDIO..... | 21 |
| 2.2.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN..... | 21 |
| 2.3.- UNIVERSO..... | 21 |
| 2.4.- MUESTRA..... | 21 |
| 2.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN..... | 22 |
| 2.6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN..... | 22 |
| 2.7.- DESCRIPCIÓN DE VARIABLES..... | 22 |
| 2.7.1.- VARIABLE INDEPENDIENTE..... | 22 |
| 2.7.2.- VARIABLE DEPENDIENTE..... | 22 |
| 2.7.3.- VARIABLES INTERVINIENTES..... | 23 |
| 2.8.- RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 24 |

| | |
|--|-----------|
| 2.8.1.- TÉCNICA..... | 24 |
| 2.8.2.- INSTRUMENTO..... | 24 |
| 2.9.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS..... | 24 |
| CAPÍTULO III: RESULTADOS..... | 26 |
| 3.1.- RESULTADOS..... | 26 |
| CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN..... | 41 |
| 4.1.- DISCUSIÓN Y COMENTARIOS..... | 41 |
| CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 47 |
| 5.1.- CONCLUSIONES..... | 47 |
| 5.2.- RECOMENDACIONES..... | 48 |
| CAPÍTULO VI: BIBLIOGRAFÍA..... | 49 |
| 6.1.- BIBLIOGRAFÍA..... | 49 |
| CAPÍTULO VII: ANEXOS..... | 53 |
| 7.1.- FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 53 |

RESUMEN

Objetivos: Determinar los factores asociados a complicaciones de la histerectomía vaginal en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo comprendido de Enero del 2008 a Mayo del 2013.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico, de casos (pacientes que presentaron complicaciones) y controles (pacientes que no presentaron complicaciones). Se revisaron 104 historias clínicas de pacientes atendidas en el Hospital San Bartolomé en el servicio de Ginecología y Obstetricia sometidas a histerectomía vaginal, en el periodo que correspondió al estudio.

Resultados: La media de la edad de las pacientes en estudio fue de 55.7+/-11.58 años, con una mínima de 36 años y una máxima de 76 años. Hubo complicaciones postoperatorias en el 56.7% de los casos. Al 69.2% se les realizó histerectomía vaginal y al 30.8% histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. El 84.6% eran desempleadas y el 76.9% tenían secundaria completa. El 53.8% consulto por la sensación de bulto, el 46.2% tenían el antecedente de aborto, el 53.8% tuvo como diagnóstico prequirúrgico el de distopia genital III, y el 23.1% tuvo dolor pélvico e hipertensión arterial como antecedente clínico de importancia. La complicación de mayor frecuencia es la anemia en el 41.4% de los casos y la fiebre se presentó en el 4,8% de las pacientes postoperadas. La mayoría no tiene estudio anatomopatológico (76.9%), y el 15.4% tuvo leiomioma intramural.

Conclusiones: El factor asociado a complicaciones de la histerectomía vaginal fue el dolor pélvico como motivo de consulta, además el factor de mayor estancia hospitalaria ($P<0.05$). La frecuencia de histerectomía vaginal, fue del 69.2% y la asistida por laparoscopia fue del 30.8%. La mayoría de pacientes eran desempleadas con grado de instrucción secundaria. En cuanto a las características clínicas de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal, la mayoría consulto por sensación de bulto, la mayoría tuvieron el diagnóstico de distopia genital, y el antecedente clínico de importancia fue el dolor pélvico e hipertensión arterial. No hubo complicaciones intraoperatorias de importancia de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal. La complicación postoperatoria de mayor frecuencia fue la anemia y la fiebre se presentó en el 4,8 % de las pacientes postoperadas. La mayoría no tuvo diagnóstico anatomopatológico.

Palabras clave: factores, complicaciones, histerectomía vaginal.

ABSTRACT

Objectives: To determine the factors associated with complications of vaginal hysterectomy in the National Teaching Hospital Child Mother St. Bartholome in the period January 2008 to May 2013.

Methods: An observational, analytical study was conducted, considering cases (patients who had complications) and controls (patients without complications). 104 medical records of patients treated at St. Bartholome Hospital in the service of Gynecology and Obstetrics who were undergoing vaginal hysterectomy, in the period that corresponded to the study were reviewed.

Results: The mean age of study patients was 55.7 ± 11.58 years, with a minimum of 36 years and a maximum of 76 years. There were postoperative complications in 56.7% of cases. At 69.2% were performed vaginal hysterectomy and 30.8% vaginal hysterectomy assisted laparoscopically. 84.6% were unemployed and 76.9% had completed secondary school. 53.8% consulted by the feeling of lump, 46.2% had a history of abortion, 53.8% went to the presurgical diagnosis of genital dystopia III, and 23.1% had pelvic pain and hypertension as a clinical background of importance. The most frequent complication is anemia in 41.4% of cases and fever occurred in 4.8% of patients postoperative. Most do not have pathological study (76.9%), and 15.4% had intramural leiomyoma.

Conclusions: The factor associated with complications of vaginal hysterectomy was pelvic pain as the reason of consultation, also the factor further longer of hospital stay ($P < 0.05$). The frequency of vaginal hysterectomy was 69.2% and assisted laparoscopy was 30.8%. Most patients were unemployed with secondary education degree. Regarding the clinical characteristics of patients undergoing vaginal hysterectomy, the most of patients consult by the feeling of lump, most were diagnosed with genital dystopia, and the clinical background significant were pelvic pain and hypertension. There was no intraoperative complications importance of patients undergoing vaginal hysterectomy. The most frequent postoperative complication was anemia and fever occurred in 4.8% of patients postoperative. Most had no pathologic diagnosis.

Keywords: factors, complications, vaginal hysterectomy.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El año 2010, la revista *Obstetric and Gynecology International* dedicó un número entero a un tema por demás clásico: Histerectomía ¹. Desde que Conrad Langenbeck, en 1813, efectuara la primera histerectomía históricamente registrada, mucho se ha avanzado en este campo ginecológico². Sin embargo, es en el último cuarto de siglo, con el advenimiento de la histerectomía laparoscópica, en que los avances han vivido sus más grandes logros ^{1,3}. Este perfeccionamiento dual entre técnica y tecnología, junto con el desarrollo de una serie de tratamientos paralelos, han traído como consecuencia una reducción en el índice de histerectomías, limitándolas a casos en los que sea estrictamente necesario ⁴.

El Perú, como país en vías de desarrollo, en el campo de la atención médica, y específicamente en el tema de la histerectomía, no está en condiciones de sumarse a la discusión científica, salvo como mero espectador. En el Hospital Nacional San Bartolomé, principal centro de referencia de atención pública, las histerectomías son prácticas comunes, dentro del manejo quirúrgico de ciertas patologías ginecológicas. Lo interesante es que contando el Hospital con equipo de laparoscopia desde hace un

buen tiempo, aún no se ha incorporado esta tecnología (laparoscopia) en el perfeccionamiento de la técnica (histerectomía). Para iniciar la consecución de dicho fin, es necesaria la existencia previa de reportes que sistematicen la experiencia, a modo de línea de base, en torno a la práctica de la histerectomía. Con el presente estudio, se propone revisar todos los registros de pacientes sometidas a histerectomía por vía vaginal, en el periodo comprendido entre Enero del 2008 a Mayo del 2013, con el objetivo de caracterizar desde una perspectiva demográfica, clínica, quirúrgica y anatomopatológica a dicha población.

1.2.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Reportes internacionales refieren que la histerectomía es la segunda intervención quirúrgica mayor más frecuente, luego de las cesáreas⁵. Otros autores han informado que luego de las apendicectomías, las histerectomías son las intervenciones quirúrgicas viscerales más realizadas en el mundo ^{2,6}. En Estados Unidos, se calcula que un tercio de las mujeres menores de 66 años han sido sometidas a histerectomía, de las cuales el 70 a 80% se han realizado mediante un abordaje abdominal ^{4,7-9}. En Europa, la realidad es en parte similar y en parte distinta, los reportes indican que un quinto de las mujeres menores de 55 años han sido sometidas a histerectomía, siendo 80% de las mismas realizadas

también mediante un abordaje abdominal ^{5,6}. Un dato a tomarse en cuenta es la asociación que han demostrado ciertos autores entre histerectomía y bajo nivel económico ¹⁰.

Estudios de comparación entre 3 técnicas de histerectomía: abdominal, vaginal y laparoscópica, han demostrado que existen ventajas y desventajas de cada técnica dependiendo del motivo por el que hayan sido indicadas ¹¹⁻¹³. Comparando la histerectomía abdominal con la histerectomía vaginal se encuentra que ambas técnicas tienen excelentes resultados, pero las pacientes sometidas a histerectomía vaginal presentaron menores complicaciones febriles postquirúrgicas ^{2,13}, recuperación más corta y más benigna ^{2,14}, ausencia de cicatriz visible ^{8,14}, menor morbilidad ¹⁵, menor íleo intestinal y menor pérdida sanguínea ¹³. Ahora bien, estudios que han comparado histerectomía vaginal con histerectomía abdominal y al mismo tiempo con histerectomía laparoscópica, terminan recomendando incluso aquí las ventajas de la histerectomía vaginal por sobre las dos otras técnicas alegando no sólo sus bondades médico-quirúrgicas sino también sus bondades económicas ^{14,16,17}. A pesar de esto, sin embargo, todos los reportes publicados se condicen al aceptar que a pesar de las ventajas del abordaje vaginal, el abordaje abdominal es una necesidad muchas veces en el contexto de cada paciente, quedando esto demostrado en todos los estudios al mencionarse una mayor

prevalencia de histerectomías abdominales que vaginales ^{2,5,7,10-16,18,19}.

Pareciera existir, al mismo tiempo, una anuencia en afirmar que el principal inconveniente de la histerectomía laparoscópica tiene que ver con la experticia del cirujano a cargo y los costos que se asocian a esta ¹⁹. Sin embargo, desde la perspectiva del paciente, la evidencia es contundente al resaltar las bondades del abordaje por laparoscopia: mejor satisfacción subjetiva, menor estancia hospitalaria, recuperación mucho más temprana, retorno pronto a labores económicas y afán estético satisfecho ²⁰. Al mismo tiempo, estudios bioquímicos han demostrado que el estrés quirúrgico (evaluado mediante el dosaje de interleukinas y proteína C reactiva) es marcada y significativamente menor en los casos de laparoscopia frente a los casos de laparotomía ^{8,21}.

Ahora bien, en cuanto a la técnica a utilizar para la histerectomía (abdominal, vaginal, vaginal guiada por laparoscopia y laparoscópica) se ha mencionado que cada una tiene razones a favor y en contra que deben ser barajadas por el especialista a la luz de la naturaleza particular de cada paciente ²². En resumidas cuentas, se ha aceptado que la vía vaginal es la primera opción a elegir debido a que presenta una menor morbilidad, menor periodo de convalecencia y disminución de la estancia hospitalaria ^{11,23}. Sin embargo, tradicionalmente se ha descrito que la histerectomía vaginal debe diferirse en caso de existir contraindicaciones como:

miomas, masas anéxales, necesidad de anexectomía, cirugía pélvica previa y nuliparidad¹¹; sobre estas, recientes publicaciones han agregado a la endometriosis severa o moderada, cesárea previa, útero grande como contraindicaciones para la histerectomía vaginal⁸. Pese a lo anteriormente descrito, un estudio realizado por Kovak y colaboradores encontró que en 91,3% de los casos de mujeres que presentaban una o más de las contraindicaciones antes descritas, tuvieron éxito al ser sometidas a histerectomía vaginal, probando la relatividad de dichos criterios y sobre todo el valor de la experticia del ginecólogo a cargo, y al mismo tiempo las ventajas de realizar una histerectomía vaginal guiada por laparoscopia^{8,18}.

En el transcurso de los últimos 25 años, con la utilización cada vez mayor de la laparoscopia, se empleó esta primero como guía para la realización de histerectomía vaginal guiada por laparoscopia y finalmente se aplicó directamente como técnica operatoria realizándose la histerectomía laparoscópica^{3,20}. En la histerectomía vaginal guiada por laparoscopia, el laparoscopia solo sirve para el ligamiento e incisión de los ligamentos redondos, y los ligamentos suspensorios u ováricos en caso se vaya a realizar ooforectomía, todo el resto, incluyendo el ligamiento de las arterias uterinas se realiza por vía vaginal^{3,14,18}. Se ha reconocido, incluso en nuestro medio, la necesidad de la histerectomía vaginal guiada por laparoscopia como punto intermedio, de aprendizaje, dominio y

perfección de la técnica, hasta llegar finalmente a la implementación de la histerectomía laparoscópica ⁸.

Actualmente, en los países desarrollados, las posibilidades de intervención han avanzado a tal punto que se conocen un total de 16 técnicas quirúrgicas (ya por vía vaginal como por vía abdominal), las cuales incluyen: cauterización, embolización, ablación (bipolar y laser) y vaporización, entre otras técnicas demasiado ajenas a nuestra realidad concreta de país en vías de desarrollo ³.

El Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé es el establecimiento prestador de servicios de salud, público, de mayor nivel resolutivo en cuanto a patología materna perinatal, sin embargo no cuenta aún con un estudio que sistematice la experiencia en torno a la histerectomía, ya sea abdominal y/o vaginal. El presente estudio se propone para absolver dicha deficiencia, y a partir de ello no sólo mejorar en base a la experiencia sino promover la utilización de nuevas técnicas (esencialmente laparoscópicas) para mayor beneficio de los pacientes como de los profesionales médicos en formación, en razón que el Hospital San Bartolomé es un centro de referencia a nivel nacional, además porque en dicho centro se forman profesionales que sirven en todo el país.

1.3.- MARCO TEÓRICO

El término “histerectomía” proviene de dos voces griegas, “hystero” que quiere decir: útero, y “ectomy” que quiere decir: remoción del cuerpo humano ³. Ahora, como procedimiento quirúrgico, la histerectomía es una práctica común en ginecología para una serie de enfermedades diversas ^{12,14,20,22}. Desde una posición clasificatoria, la histerectomía puede ser total o subtotal, con o sin remoción de anexos y dependiendo del abordaje se han descrito 4 formas: abdominal, vaginal, vaginal guiada por laparoscopia y laparoscópica ^{2,8,14}. A nivel histórico la primera histerectomía vaginal fue realizada por Conrad Langenbeck en 1813, posteriormente en 1853 se realiza la primera histerectomía abdominal subtotal por Walter Burnham, diez años después, en 1863, se realiza la primera histerectomía abdominal electiva por Clay y Koeberle, finalmente en 1988, se realiza la primera histerectomía laparoscópica por Harry Reich ¹⁻³.

En Estados Unidos se ha descrito que las causas más frecuentes que motivan las histerectomías son: fibrosis uterina (miomas), hemorragias uterinas disfuncionales, lesiones de endometriosis dolorosas, prolapso y dolor pélvico crónico ^{2,24}. En estudios franceses los fibromas (principal causa en histerectomías abdominales) y los prolapsos (principal causa en histerectomías vaginales) encabezan la lista, seguidos por las metrorragias, lesiones anexiales, displasias cervicales entre otras ^{2,6,24}. Estudios

de revisión han resumido las siguientes causas como motivos para histerectomía: fibrosis uterina (miomas, sobre todo luego del fracaso de tratamiento farmacológico hormonal), hiperplasia endometrial (sobre todo en aquellos casos con atipia, en la cual existe un alto grado de malignización), adenomiosis (esencialmente si falla el tratamiento farmacológico hormonal), prolapso uterino (aunque se recomienda que otras técnicas como la fijación interna uterina tienen mejores resultados), sangrado uterino disfuncional (igualmente si ha fallado el tratamiento farmacológico hormonal) y neoplasia intraepitelial cervical de alto grado (sobre todo en pacientes sin deseos futuros de gestación, en cuyo caso se sugiere primero la posibilidad de la conización)^{1,3,11,14,19}. Al mismo tiempo, independientemente del motivo por el que indique la histerectomía, se ha descrito que este procedimiento presenta una mortalidad muy baja, menor al 0,1%, pero una morbilidad que sigue siendo un problema prevalente, esencialmente debido a las complicaciones postquirúrgicas¹⁵. Estas complicaciones han sido descritas esencialmente en aquellos casos en los que la histerectomía se asocia a laparotomía, es decir histerectomía abdominal, o histerectomía laparoscópica convertida²².

Ahora bien, la indicación de histerectomía depende de una evaluación integral de la paciente que incluya considerar de modo paralelo: la edad de la paciente, los deseos futuros de embarazo, la

intención de preservar el útero, la clínica que acontece y la posibilidad o no de utilizar otros tratamientos previos ^{2,7,11,13-15}. Debido a que en nuestro Hospital se realizan solo histerectomías abdominales y vaginales, y ya que el presente estudio girará en torno a ambas, en las siguientes líneas se esbozará a modo de resumen, ciertos detalles en relación a cada una de estas técnicas, resaltando siempre, y como se ha explicado líneas arriba, que la elección de una técnica específica no se realiza siguiendo criterios taxativos, rígidos, sino que depende de la evaluación integral que se realice a la paciente al inicio y también de la experticia del médico que comandará la cirugía ^{2,14,23}.

En cuanto a las histerectomías abdominales se ha descrito que brindan una mayor exposición del campo operatorio, con la posibilidad de otorgarle al cirujano una visión directa y tridimensional de la zona a intervenir, debido a ello se considera que la histerectomía abdominal, que implica una laparotomía, es la técnica idónea cuando se trata de lesiones grandes, o cuando hay infección pelviana, malignidad, patología anexial y enfermedad adherencial extensa ^{1,2,11,13}. En cuanto a las complicaciones descritas a toda histerectomía abdominal se encuentran: hemorragia postoperatoria severa, tromboembolismo, complicaciones urológicas (fistula vesicovaginal, retención urinaria), complicaciones digestivas (íleo), hematomas no infectados (parietales, subperitoneales), complicaciones

infecciosas y febriles no trombóticas (infección urinaria, absceso de pared, infección de muñón vaginal, linfangitis, fiebre inexplicada y sepsis) ^{2,3,6}.

En relación a la histerectomía vaginal, se ha descrito como técnica ideal sobre todo en caso de existir relajación del suelo pélvico, y en la amplia evidencia publicada se le ha asociado con excelentes resultados para las siguientes patologías: sangrado uterino anormal (que no responde a tratamiento hormonal, ni curetaje, ni dilatación), leiomiomas pequeños sintomáticos, neoplasias intraepiteliales cervicales en aquellas pacientes sin intereses futuros de gestación ^{2,3,6}.

Dentro de las complicaciones de la histerectomía vaginal la literatura menciona²⁸ que entre las complicaciones intraoperatorias son lesiones vasculares y viscerales, con una tasa reportada de hemorragia del 1,4%, de lesión vesical del 1,76% y uretral del 0,88%; y de las complicaciones posoperatorias según literatura ^{28,29} consideran las infecciones de cúpula vaginal como la más frecuente (16%), infecciones urinarias(13%), infecciones respiratorias.

En relación a factores asociados a complicaciones de la histerectomía vaginal, según la literatura que pueden aumentar el riesgo de complicaciones postoperatoria incluyen²⁹ estado inmune comprometido, obesidad, mayor tiempo de hospitalización, experiencia del cirujano, mayor pérdida de sangre, tiempo

operatorio de más de 3 horas, mala alimentación, tejido desvitalizado como se puede encontrar en pedículos operatorios mayores, comorbilidades como diabetes Mellitus y tabaquismo, falta de antibióticos preoperatorios, y presencia de un sitio operatorio infectado, además^{28,29} se encontró dentro de los factores asociados a morbilidad febril post histerectomía vaginal a pacientes mayores a 50 años, duración del procedimiento más de 130 minutos, pérdida sanguínea mayor a 400 ml, paridad mayor a 3 y antecedente quirúrgico previo.

1.4 HIPOTESIS

Hipótesis Nula (H_0):

“No existen factores asociados a complicaciones de la histerectomía vaginal en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo comprendido de Enero del 2008 a Mayo del 2013”.

Hipótesis Alternativa (H_1):

“Existen factores asociados a complicaciones de la histerectomía vaginal en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo comprendido de Enero del 2008 a Mayo del 2013”.

1.5.- OBJETIVOS

1.5.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados a complicaciones de la histerectomía vaginal en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé en el periodo comprendido de Enero del 2008 a Mayo del 2013.

1.5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la frecuencia de histerectomía vaginal, realizadas en el Hospital San Bartolomé entre Enero del 2008 a Mayo del 2013.
- Determinar las características demográficas de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal, en el Hospital San Bartolomé entre Enero del 2008 a Mayo del 2013.
- Determinar las características clínicas de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal, en el Hospital San Bartolomé entre Enero del 2008 a Mayo del 2013.
- Determinar las características quirúrgicas, intraoperatorias, de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal, en el Hospital San Bartolomé entre Enero del 2008 a Mayo del 2013.
- Determinar las características quirúrgicas, postoperatorias, de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal en el Hospital San Bartolomé entre Enero del 2008 a Mayo del 2013.
- Determinar las características de evolución postquirúrgica hasta el momento del alta en pacientes sometidas a histerectomía

vaginal, en el Hospital San Bartolomé entre Enero del 2008 a Mayo del 2013.

- Determinar las características anatomopatológicas de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal, en el Hospital San Bartolomé entre Enero del 2008 a Mayo del 2013.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1.- TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo es de tipo cuantitativo, ya que se obtendrá datos apoyados en escalas numéricas permitiendo un tratamiento estadístico. Es de nivel aplicativo porque, se aplica en el campo de la salud.

2.2.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Observacional, Retrospectivo de casos y controles.

Casos: pacientes a las cuales se les realizó histerectomía vaginal y presentaron complicaciones.

Controles: pacientes a las cuales se les realizó histerectomía vaginal y no presentaron complicaciones.

2.3.- UNIVERSO

Pacientes atendidas en el Hospital san Bartolomé en el servicio de Ginecología y Obstetricia sometidas a histerectomía vaginal, en el periodo que corresponde al estudio.

2.4.- MUESTRA

Tamaño de Muestra:

Se calculó según la siguiente fórmula para comparar proporciones:

$$n = \left[\frac{z_{\alpha} \sqrt{2(\bar{p} \times \bar{q})} + z_{\beta} \sqrt{(p_1 \times q_1) + (p_2 \times q_2)}}{p_1 - p_2} \right]^2$$

Dónde:

n = tamaño de muestra.

$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

$$\bar{q} = 1 - \bar{p}$$

p_1 = proporción del grupo de Estudio.

p_2 = proporción del grupo Control.

2.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Paciente a la cual se le realizó histerectomía vaginal con datos completos en su historia clínica.

2.6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Paciente a la cual se le realizó histerectomía abdominal con datos incompletos en su historia clínica.

2.7.- DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Las características demográficas, clínicas, quirúrgicas y anatomopatológica, de los pacientes sometidos a histerectomía, se determinarán evaluando las siguientes variables:

Características Demográficas

Edad, estado laboral, grado de instrucción.

Características Clínicas

Motivo de consulta, tiempo de enfermedad, antecedentes médicos de importancia, antecedentes quirúrgicos de importancia, perfil vaginal, paridad, peso, talla, antecedente de aborto, IMC.

Características Quirúrgicas Intraoperatorias

Diagnósticos preoperatorios, tipo de histerectomía, tiempo operatorio, complicaciones intraoperatorias, necesidad de transfusión sanguínea.

Características Quirúrgicas Postoperatorias

Estancia en UCI, estancia hospitalaria postquirúrgica,
complicaciones postoperatorias.

Características Anatomopatológicas

Diagnóstico de anatomía patológica.

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DIMENSIONES | TIPO DE VARIABLE | ESCALAS DE MEDICIÓN | CRITERIOS DE MEDICIÓN | INSTRUMENTO DE MEDICIÓN |
|---|------------------------|---|------------------------|---------------------|--|-------------------------------|
| CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS | Variables demográficas | Edad | Cuantitativa continua | De razón | Número | Ficha de recolección de datos |
| | | Estado laboral | Cualitativa dicotómica | Nominal | Empleada Desempleada | |
| | | Grado de instrucción | Cualitativa Politómica | Nominal | Sec. Incompleta, Sec. Completa, Superior | |
| | Variables clínicas | Motivo de consulta | Cualitativa Politómica | Nominal | Descripción | |
| | | Tiempo de enfermedad | Cualitativa Politómica | Nominal | Descripción | |
| | | Antecedentes médicos de importancia | Cualitativa dicotómica | Nominal | No, Sí | |
| | | Antecedentes quirúrgicos de importancia | Cualitativa dicotómica | Nominal | No, Sí | |
| | | Perfil vaginal | Cualitativa Politómica | Nominal | Descripción | |
| | | Paridad | Cualitativa Politómica | Nominal | Descripción | |
| | | Antecedente de aborto | Cualitativa dicotómica | Nominal | No, Sí | |
| | | Peso | Cuantitativa continua | De razón | Número | |
| | | Talla | Cuantitativa continua | De razón | Número | |
| | | IMC | Cualitativa Politómica | Nominal | Normal, sobrepeso, obesidad | |
| CARACTERÍSTICAS QUIRÚRGICAS | Variables quirúrgicas, | Diagnósticos preoperatorios | Cualitativa Politómica | Nominal | Descripción | Ficha de recolección de datos |
| | | Tipo de histerectomía | Cualitativa dicotómica | Nominal | Vaginal, Abdominal | |
| | | Tiempo operatorio | Cuantitativa continua | De razón | Número | |
| | | Complicaciones intraoperatorias | Cualitativa Politómica | Nominal | Descripción | |

| | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|------------------------|----------|-------------|
| | | Necesidad de transfusión sanguínea | Cualitativa dicotómica | Nominal | No, Sí |
| | Variables luego del acto quirúrgico hasta el alta | Estancia en UCI | Cualitativa dicotómica | Nominal | No, Sí |
| | | Estancia hospitalaria postquirúrgica | Cuantitativa continua | De razón | Número |
| | | Complicaciones postoperatorias | Cualitativa dicotómica | Nominal | No, Sí |
| CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS | Variable de lectura de lámina histológica | Diagnóstico de anatomía patológica. | Cualitativa Politémica | Nominal | Descripción |

2.8.- RECOLECCIÓN DE DATOS

2.8.1.- TÉCNICA

Todas las pacientes se captarán a partir de los registros del Servicio de Ginecología y obstetricia del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, luego se procederá a buscar las respectivas historias clínicas en el archivo del hospital y tras a una revisión de las mismas se extraerá la información necesaria para los alcances del presente estudio.

2.8.2.- INSTRUMENTO

Toda la información obtenida en base a las variables planteadas fue recopilada en una Ficha de Recolección de Datos de elaboración propia (ver anexo).

2.9.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se utilizará el programa SPSS 21.0 para elaborar la base de datos y el procesamiento de los mismos. Para el análisis se empleará estadística descriptiva presentando los datos en tablas de contingencia, determinando el OR con un Intervalo de confianza de 95 %. Se evaluará la asociación de las variables por estadística inferencial mediante el Test del Chi cuadrado con un nivel de

significación estadística $P < 0.05$. . Para establecer las diferencias de medias el Test ANOVA a un nivel de significación estadística $p < 0.05$.

CAPÍTULO III

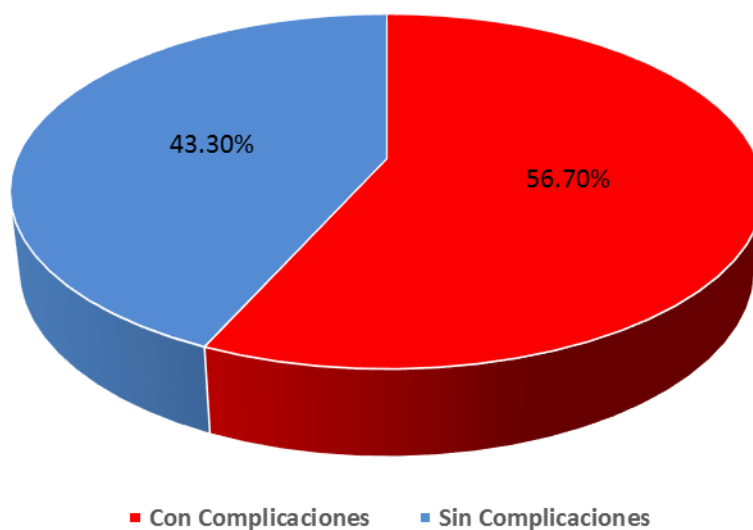
RESULTADOS

Al 56.7%(59) de las pacientes que se les realizó una histerectomía vaginal presentó algún tipo de complicación operatoria, en tal sentido el 43.3% (45) no presentó ningún tipo de complicación.

TABLA N°01
PACIENTES CON HISTERECTOMIA VAGINAL
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN
BARTOLOMÉ
ENERO 2008 - MAYO 2013

| Pacientes con Histerectomía Vaginal | Frecuencia | |
|-------------------------------------|------------|--------|
| | n | % |
| Con Complicaciones | 59 | 56.70% |
| Sin Complicaciones | 45 | 43.30% |
| Todas | 104 | 100% |

GRAFICO N°01
PACIENTES CON HISTERECTOMIA VAGINAL
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN
BARTOLOMÉ
ENERO 2008 - MAYO 2013



El promedio de las edades de todas las pacientes a las que se les realizó una histerectomía vaginal es de 55.77 años con una desviación estándar de 11.58, sin embargo el 50% de las pacientes tienen de 36 hasta 60 años (mediana) y el otro 50% tienen de 61 a 76 años.

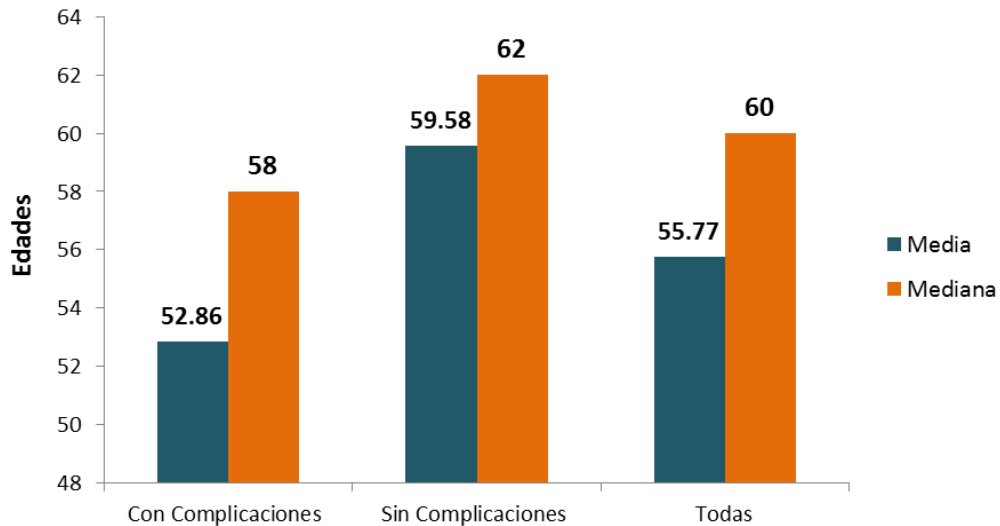
En cuanto a las pacientes que presentaron complicaciones el promedio de edad es de 52.86 años con una desviación estándar de 10.44, de igual modo el 50% de las pacientes tienen de 36 hasta 58 años (mediana) y el otro 50% tienen de 59 a 76 años.

Finalmente las pacientes que no presentaron complicaciones el promedio de edad es 59.58 años con una desviación estándar de 12.00, de igual modo el 50% de las pacientes tienen de 36 hasta 62 años (mediana) y el otro 50% tienen de 63 a 76 años.

TABLA N°02
EDAD DE PACIENTES CON HISTERECTOMIA VAGINAL
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN
BARTOLOMÉ
ENERO 2008 - MAYO 2013

| Pacientes con Histerectomía | Edad de las Pacientes | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------|-------------------|----------|---------|--------|--------|
| | Media | Desviación típica | Varianza | Mediana | Máximo | Mínimo |
| Con Complicaciones | 52.86 | 10.44 | 109.05 | 58 | 76 | 36 |
| Sin Complicaciones | 59.58 | 12.00 | 143.98 | 62 | 76 | 36 |
| Todas | 55.77 | 11.58 | 134.08 | 60 | 76 | 36 |

GRAFICO N°02
EDAD DE PACIENTES CON HISTERECTOMIA VAGINAL HOSPITAL
NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ
ENERO 2008 -
MAYO 2013

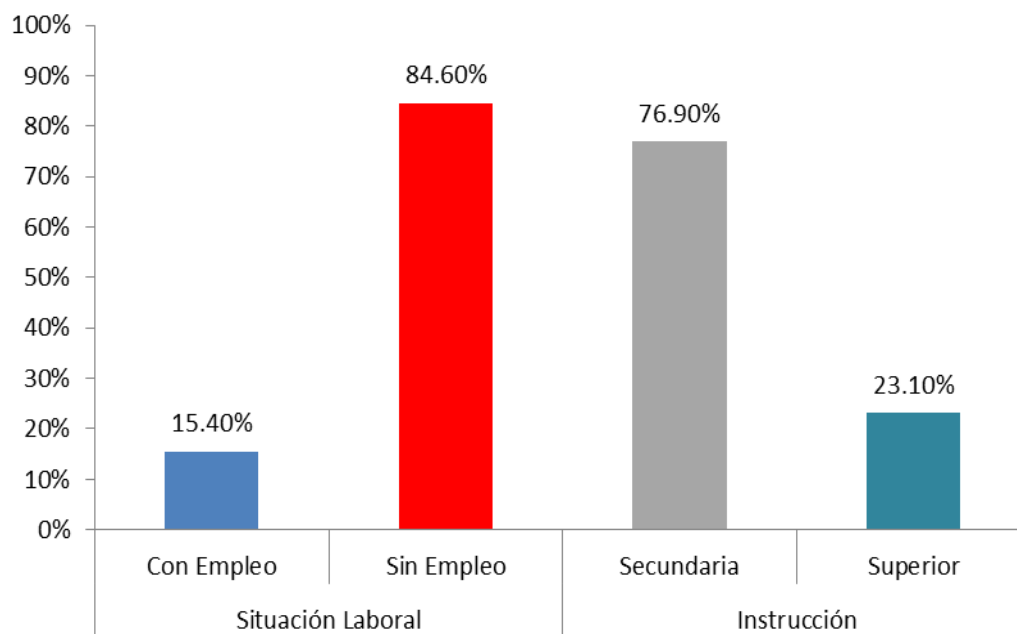


En cuanto a las características demográficas de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal, se observa que el 84.6%(88) no cuentan con empleo y el 76.9% (80) tienen instrucción secundaria completa.

TABLA N°03
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE
PACIENTES CON HISTERECTOMIA VAGINAL HOSPITAL
NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ
ENERO 2008 - MAYO 2013

| | | n | % |
|-------------------|------------|----|--------|
| Situación Laboral | Con Empleo | 16 | 15.40% |
| | Sin Empleo | 88 | 84.60% |
| Instrucción | Secundaria | 80 | 76.90% |
| | Superior | 24 | 23.10% |

GRAFICO N°03
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE
PACIENTES CON HISTERECTOMIA VAGINAL HOSPITAL
NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ
ENERO 2008 - MAYO
2013

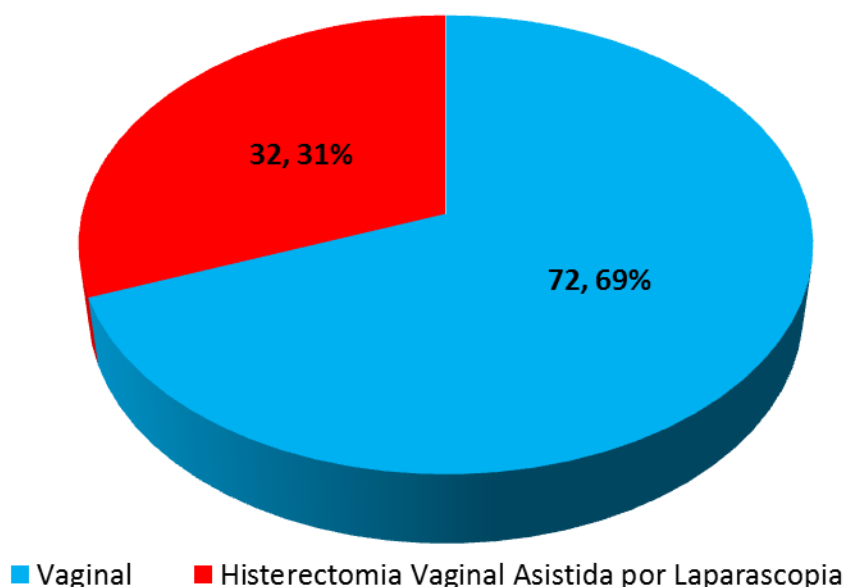


En cuanto al tipo de intervención, se observa que a 69.2%(72) pacientes se le hizo una histerectomía vaginal y a 30.8%(32) pacientes se le hizo una histerectomía vaginal asistida por laparoscopia.

TABLA N°04
PACIENTES CON HISTERECTOMIA VAGINAL, SEGÚN TIPO,
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN
BARTOLOMÉ
ENERO 2008 - MAYO 2013

| Tipo | n | % |
|---|-----|-------|
| Vaginal | 72 | 69.2% |
| Histerectomia Vaginal Asistida por Laparoscopia | 32 | 30.8% |
| Todas | 104 | 100% |

GRAFICO N°04
PACIENTES CON HISTERECTOMIA VAGINAL, SEGÚN TIPO,
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN
BARTOLOMÉ
ENERO 2008 - MAYO 2013

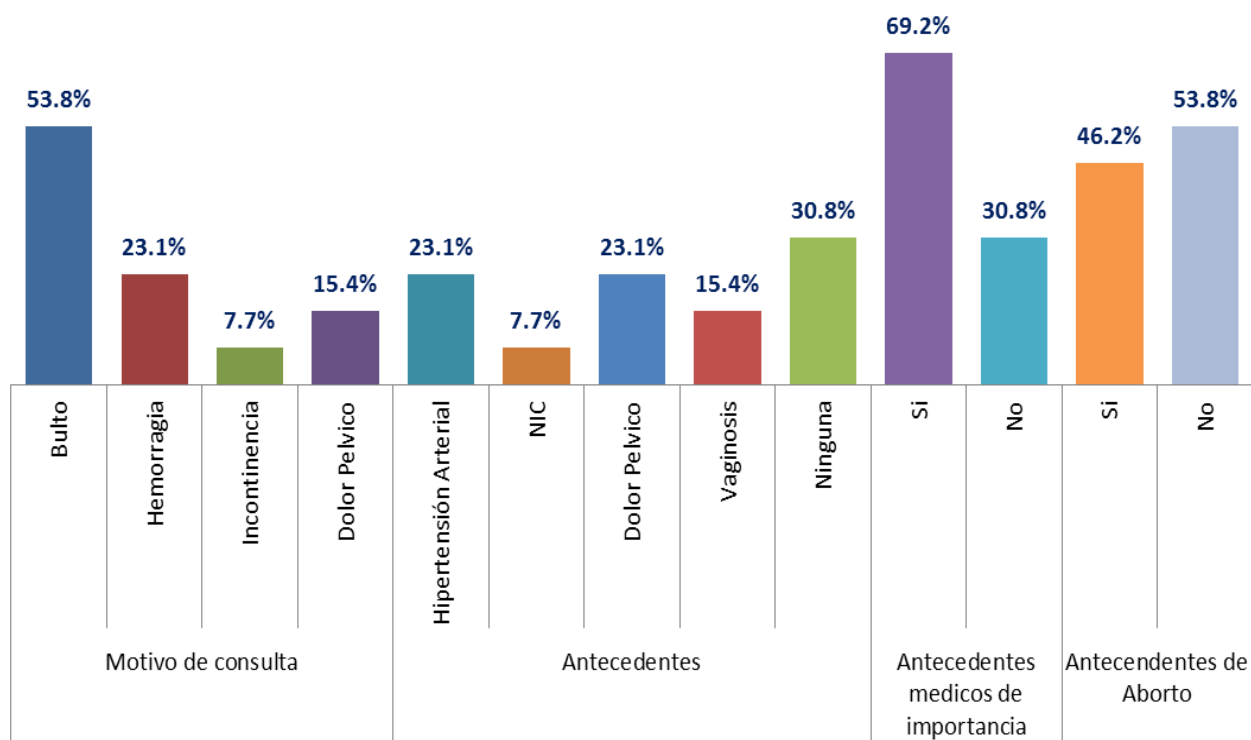


Analizando las características clínicas de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal, destacan que la dimensión Motivo de consulta la presencia de un Bulto fue el 53.8% (56). En Antecedentes: el Dolor Pélvico y la Hipertensión Arterial representan el 23.1%(21) en ambos casos.

Luego el 69.2%(72) presentan antecedentes médicos de importancia. Además el 53.8% tuvo como diagnóstico prequirúrgico el de distopia genital III.

| TABLA N°05 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA VAGINAL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ ENERO2008 - MAYO 2013 | | | |
|--|-----------------------------|-----------|--------------|
| | | N | % |
| MOTIVO DE CONSULTA | BULTO | 56 | 53.8% |
| | HEMORRAGIA | 24 | 23.1% |
| | INCONTINENCIA | 8 | 7.7% |
| | DOLOR PÉLVICO | 16 | 15.4% |
| ANTECEDENTES MEDICOS DE IMPORTANCIA | HTA | 24 | 23.1% |
| | NIC | 8 | 7.7% |
| | DOLOR PELVICO | 24 | 23.1% |
| | NINGUNO | 32 | 30.8% |
| | VAGINOSIS | 16 | 15.4% |
| ANTECEDENTE MEDICOD DE IMPOSTANCIA | SI | 72 | 69.2% |
| | NO | 32 | 30.8% |
| ANTECEDENTE DE ABORTO | SI | 48 | 46.2% |
| | NO | 56 | 53.8% |
| DIAGNOSTICO PREOPERATORIO | HUA | 24 | 23.1% |
| | DISTOPIA GENITALII | 24 | 23.1% |
| | DISTOPIA GENITAL III | 56 | 53.8% |

GRAFICO N°05
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS PACIENTES SOMETIDAS
A HISTERECTOMÍA VAGINAL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE
MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ ENERO 2008 - MAYO 2013



En relación a las características quirúrgicas, intraoperatorias, de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal se observa que el 67.1%(101) no presentan complicaciones intraoperatorias y solo el 2.9%(3) presentan Lesiones Urológicas, de las cuales fueron lesiones vesicales.

Ninguna paciente recibió transfusión sanguínea y tampoco estuvieron en la unidad de cuidados intensivos.

TABLA N°06
CARACTERÍSTICAS QUIRÚRGICAS, INTRAOPERATORIAS, DE
LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA VAGINAL
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN
BARTOLOMÉ
ENERO 2008 - MAYO 2013

| | | n | % |
|---------------------------------|---------------------|-----|--------|
| Complicaciones Intraoperatorias | Si | 0 | 0.0% |
| | No | 101 | 97.1% |
| | Lesiones Urológicas | 3 | 2.9% |
| Necesidad de Transfusión | Si | 0 | 0.0% |
| | No | 104 | 100.0% |
| Estancia UCI | Si | 0 | 0.0% |
| | No | 104 | 100.0% |

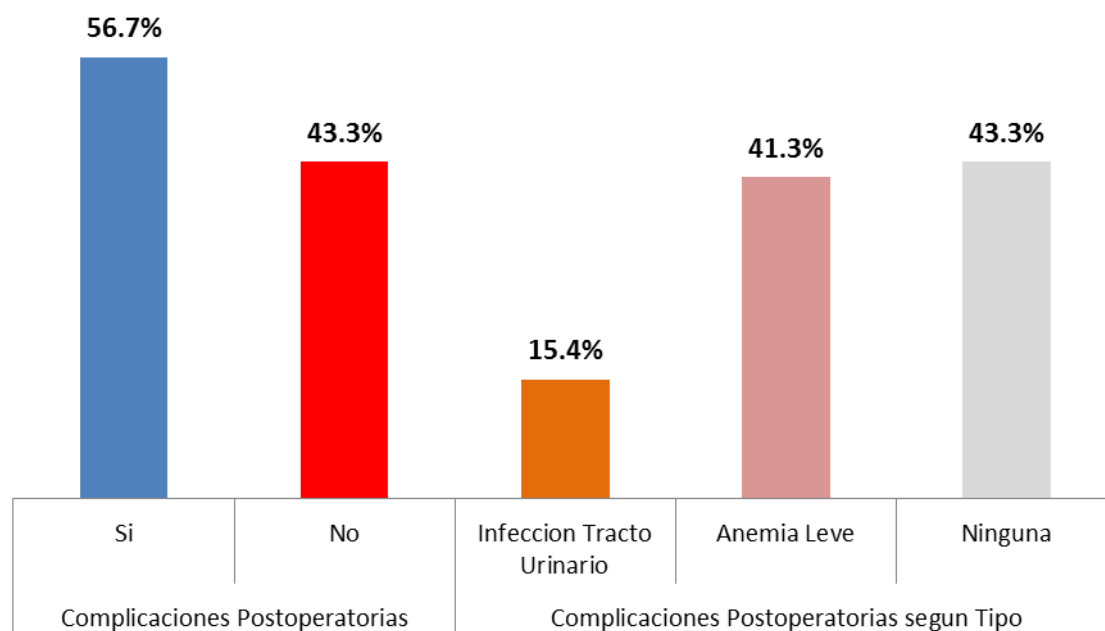
En cuanto a las características quirúrgicas, postoperatorias, de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal se determinó que en 56.7%(59) presentaron complicaciones postoperatorias.

Y en cuanto al tipo de estas complicaciones la anemia se presentó en el 41.3%(43) de los casos y de infección del tracto urinario se presentó en el 15.4%(16). De los 16 casos de ITU, 5 pacientes presentaron fiebre como signo de alarma, esto corresponde del total de las pacientes postoperadas el 4,8% tuvieron fiebre en el postoperatorio.

TABLA N°07
CARACTERÍSTICAS QUIRÚRGICAS, POSTOPERATORIAS, DE
LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA VAGINAL
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN
BARTOLOMÉ
ENERO 2008 - MAYO 2013

| | | n | % |
|--|---------------------------|----|-------|
| Complicaciones Postoperatorias | Si | 59 | 56.7% |
| | No | 45 | 43.3% |
| Complicaciones Postoperatorias segun Tipo | Infeccion Tracto Urinario | 16 | 15.4% |
| | Anemia Leve | 43 | 41.3% |
| | Ninguna | 45 | 43.3% |

GRAFICO N°06
CARACTERÍSTICAS QUIRÚRGICAS, POSTOPERATORIAS, DE
LAS PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA VAGINAL
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN
BARTOLOMÉ
ENERO 2008 - MAYO 2013

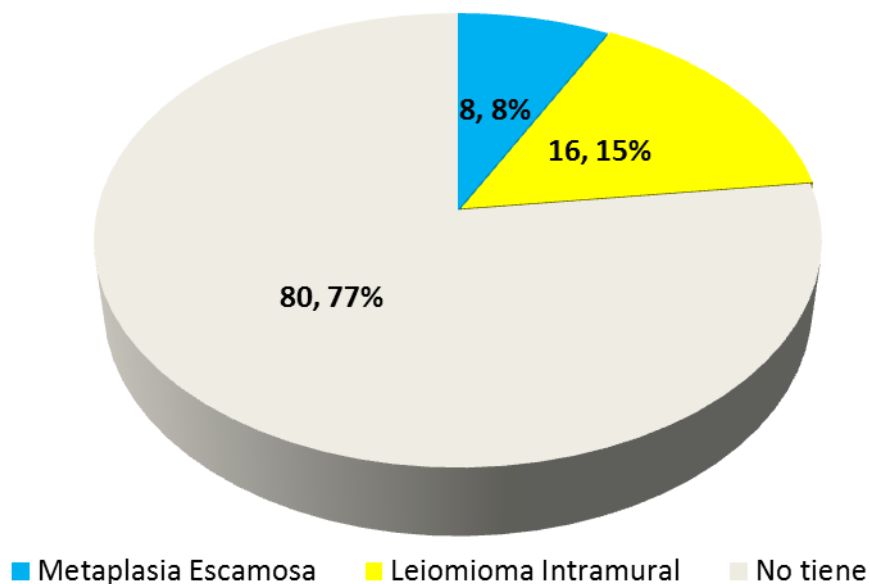


En relación a las características anatomopatológicas de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal, encontramos que el 76.9%(80) no tiene estudio anatomopatológico y solo al 15.4%(16) le detectaron Leiomioma Intramural.

TABLA N°8
CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS DE LAS
PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA VAGINAL
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN
BARTOLOMÉ
ENERO 2008 - MAYO 2013

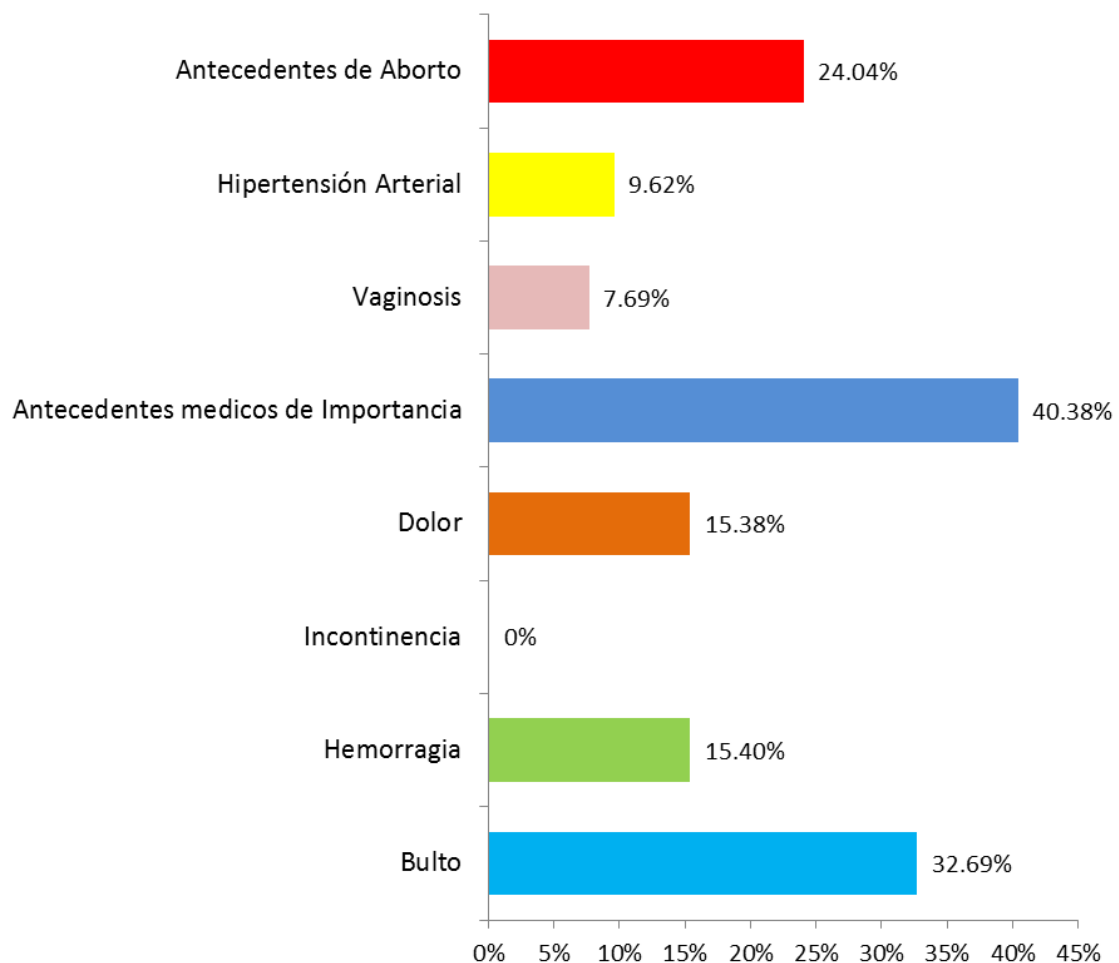
| | | n | % |
|---------------------|----------------------|----|-------|
| Anatomia Patologica | Metaplasia Escamosa | 8 | 7.7% |
| | Leiomioma Intramural | 16 | 15.4% |
| | No tiene | 80 | 76.9% |

GRAFICO N°07
CARACTERÍSTICAS ANATOMOPATOLÓGICAS DE LAS
PACIENTES SOMETIDAS A HISTERECTOMÍA VAGINAL
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN
BARTOLOMÉ
ENERO 2008 - MAYO 2013



Si relacionamos la presencia de factores con la existencia de Complicaciones postoperatorias, se determinó que: Antecedentes médicos de importancia son el 40.38%(40); la observación de Bulto en el 32.69%(34); Antecedentes de Aborto son el 24.04%(25); Dolor Pélvico es el 15.38%(16); Hipertensión Arterial el 9.62%(10); Hemorragia el 15.40%(16) y Vaginosis el 7.69%(8).

GRAFICO N°08
PRESENCIA DE FACTORES EN COMPLICACIONES
INTRAHOSPITALARIAS DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A
HISTERECTOMÍA VAGINAL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE
MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ
ENERO 2008 - MAYO 2013



Analizando los niveles de asociación entre la presencia de factores y la existencia de complicaciones postoperatorias; se determinó que el factor Dolor Pélvico estaba asociado a las complicaciones postoperatorias ($p < 0.05$).

TABLA N°09
FACTORES ASOCIADOS A COMPLICACIONES DE LA
HISTERECTOMÍA DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A
HISTERECTOMÍA VAGINAL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE
MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ
ENERO 2008 - MAYO 2013

| | | Complicaciones postoperatorias | | | | Asociación | | | Riesgo | | |
|-------------------------------------|----|--------------------------------|--------|----|--------|------------|---------|---------------------|--------|-----------------|---------------|
| | | Si | | No | | | | | | | |
| | | n | % | n | % | p | Value p | Resultado p | OR | IC (95%) | Factor |
| Bulto | Si | 34 | 32.69% | 22 | 21.15% | 0.376 | > 0.05 | No significativa | 1.166 | [0.827 - 1.644] | |
| | No | 25 | 24.04% | 23 | 22.12% | | | | | | |
| Hemorragia | Si | 16 | 15.40% | 8 | 7.70% | 0.26 | > 0.05 | No significativa | 1.24 | (0.875 - 1.757) | |
| | No | 43 | 41.35% | 37 | 35.58% | | | | | | |
| Incontinencia | Si | 0 | 0.00% | 8 | 7.69% | 0.001 | < 0.05 | Significante | **** | | |
| | No | 59 | 56.73% | 37 | 35.58% | | | | | | |
| Dolor Pélvico | Si | 16 | 15.38% | 0 | 0.00% | 0.000 | < 0.05 | Significante | 2.047 | [1.653 - 2.534] | Riesgo |
| | No | 43 | 41.35% | 45 | 43.27% | | | | | | |
| Antecedentes médicos de Importancia | Si | 42 | 40.38% | 30 | 28.85% | 0.621 | > 0.05 | No significativa | 1.098 | [0.751 - 1.605] | |
| | No | 17 | 16.35% | 15 | 14.42% | | | | | | |
| Vaginositis | Si | 8 | 7.69% | 8 | 7.69% | 0.555 | > 0.05 | No significativa | 0.863 | [0.512 - 1.453] | |
| | No | 51 | 49.04% | 37 | 35.58% | | | | | | |
| Hipertensión Arterial | Si | 10 | 9.62% | 14 | 13.46% | 0.089 | > 0.05 | No significativa | 0.68 | [0.411 - 1.127] | |
| | No | 49 | 47.12% | 31 | 29.81% | | | | | | |
| Antecedentes de Aborto | Si | 25 | 24.04% | 23 | 22.12% | 0.376 | > 0.05 | No significativa | 1.166 | [0.827 - 1.644] | |
| | No | 34 | 32.69% | 22 | 21.15% | | | | | | |

Además se determinó que el promedio en días del tiempo de enfermedad de las pacientes que tuvieron complicaciones fue de 19.66 días, mientras el promedio en días del tiempo de enfermedad de las pacientes que no tuvieron complicaciones fue de 35.38 días.

Encontrando diferencia significativas entre ambos promedios ($p < 0.05$).

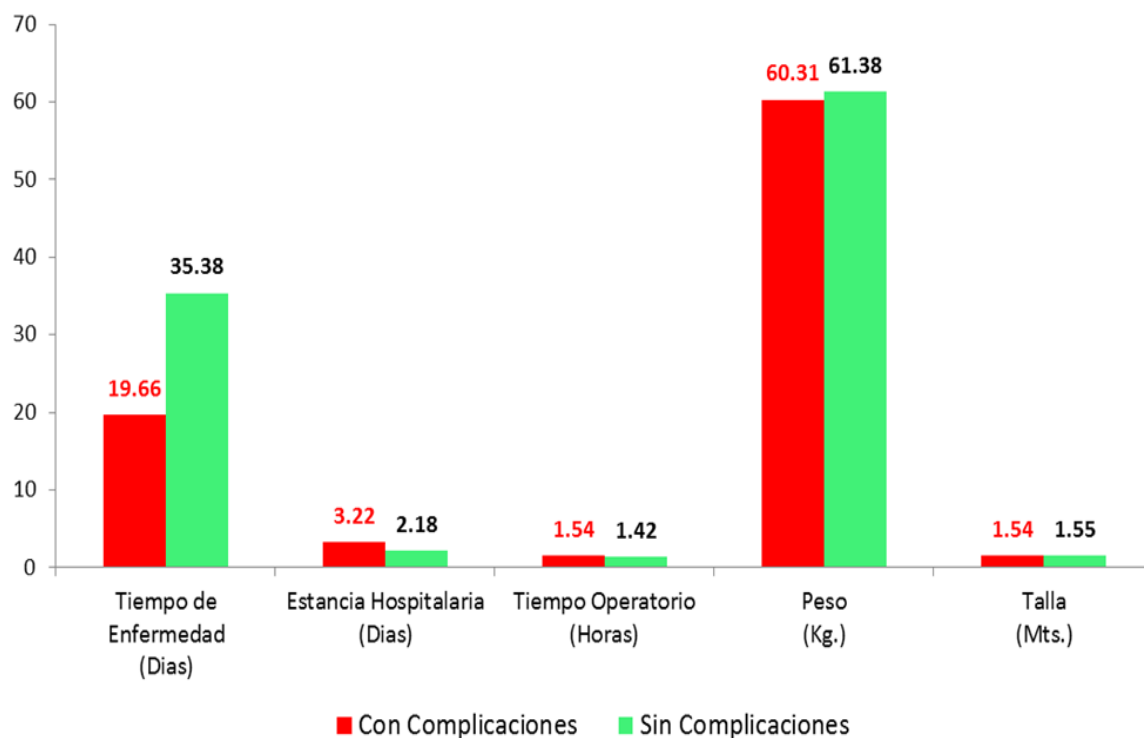
Y en cuanto a los días que estuvieron hospitalizados, el promedio en días de las estancias hospitalarias de las pacientes que tuvieron complicaciones fue de 3.22 días, mientras el promedio en días de las estancias hospitalarias de las pacientes que no tuvieron complicaciones fue de 2.28 días. Encontrando también diferencia significativas entre ambos promedios ($p < 0.05$).

TABLA N° 10
MEDIAS DE LAS VARIABLES CUANTITATIVAS SEGÚN
COMPLICACIONES DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A
HISTERECTOMÍA VAGINAL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE
MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ
ENERO 2008 - MAYO 2013

| Complicaciones Postoperatorias | Tiempo de Enfermedad (Días) | Estancia Hospitalaria (Días) | Tiempo Operatorio (Horas) | Peso (Kg.) | Talla (Mts.) |
|---------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------|---------------------|
| Si | Media | 19.66 | 3.22 | 60.31 | 1.54 |
| | Desv. típ. | 12.64 | 1.49 | 9.52 | 0.05 |
| | Mínimo | 6 | 2.00 | 52.00 | 1.48 |
| | Máximo | 48 | 6.00 | 85.00 | 1.69 |
| No | Media | 35.38 | 2.18 | 61.38 | 1.55 |
| | Desv. típ. | 18.11 | 0.39 | 14.18 | 0.07 |
| | Mínimo | 13 | 2.00 | 52.00 | 1.50 |
| | Máximo | 60 | 3.00 | 85.00 | 1.69 |
| p | 0.000 | 0.000 | 0.069 | 0.646 | 0.851 |
| Value p | < 0.05 | < 0.05 | > 0.05 | > 0.05 | > 0.05 |
| Resultado p | Significante | Significante | No Significante | No Significante | No Significante |

No se encontraron diferencias significativas entre las pacientes que tuvieron y no tuvieron complicaciones postoperatorias, en los promedios de Tiempo Operatorio (1.54 horas vs 1.42 horas); Peso (60.31 kg. vs con 1.42 kg.) y Talla (1.54 mts. vs 1.45 mts.).

GRAFICO N°09
MEDIAS DE LAS VARIABLES CUANTITATIVAS SEGÚN
COMPLICACIONES DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A
HISTERECTOMÍA VAGINAL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE
MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ
ENERO 2008 - MAYO 2013



CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

En nuestro estudio encontramos que el promedio de edad de todas las pacientes a las que se les realizó una histerectomía vaginal es de 55.77 años con una desviación estándar de 11.58, datos que coinciden con los reportes internacionales como reportan en Estados Unidos, donde se calcula que un tercio de las mujeres menores de 66 años han sido sometidas a histerectomía, de las cuales el 70 a 80% se han realizado mediante un abordaje abdominal ^{4,7-9}. En Europa, la realidad es en parte similar y en parte distinta, los reportes indican que un quinto de las mujeres menores de 55 años han sido sometidas a histerectomía, siendo 80% de las mismas realizadas también mediante un abordaje abdominal ^{5,6}. Un dato a tomarse en cuenta es la asociación que han demostrado ciertos autores entre histerectomía y bajo nivel económico ¹⁰.

Considerando las complicaciones de la histerectomía vaginal la literatura menciona²⁸ que entre las complicaciones intraoperatorias son lesiones vasculares y viscerales, con una tasa reportada de hemorragia del 1,4%, de lesión vesical del 1,76% y uretral del 0,88%. En el estudio se encontró dentro de las complicaciones intraoperatorias solo 3 casos de lesiones urológicas, que fueron lesiones vesicales correspondiendo al 2,9 % del total de la población estudiada.

Considerando las complicaciones postoperatorias según literatura ^{28,29} consideran las infecciones de cúpula vaginal como la más frecuente (16) %, infecciones urinarias (13%), infecciones

respiratorias. En el estudio se encontró en mayor porcentaje la presencia de anemia Leve (41,3%) seguida de infecciones urinarias (15,4%).

En cuanto factores asociados a complicaciones de la histerectomía vaginal, según la literatura que pueden aumentar el riesgo de complicaciones postoperatoria incluyen²⁹ estado inmune comprometido, obesidad, mayor tiempo de hospitalización, experiencia del cirujano, mayor pérdida de sangre, tiempo operatorio de más de 3 horas, mala alimentación, tejido desvitalizado como se puede encontrar en pedículos operatorios mayores, comorbilidades como diabetes Mellitus y tabaquismo, falta de antibióticos preoperatorios, y presencia de un sitio operatorio infectado, además^{28,29} se encontró dentro de los factores asociados a morbilidad febril post histerectomía vaginal a pacientes mayores a 50 años, duración del procedimiento más de 130 minutos, pérdida sanguínea mayor a 400 ml, paridad mayor a 3 y antecedente quirúrgico previo. En nuestro estudio se encontró resultados acorde con la literatura, dentro de las pacientes con complicaciones postoperatorias la edad promedio 52.86 años con una desviación estándar de 10.44, de igual modo el 50% de las pacientes tienen de 36 hasta 58 años (mediana) y el otro 50% tienen de 59 a 76 años , y como factor de riesgo la presencia de dolor pélvico encontrando que las pacientes sometidas a la

histerectomía vaginal se asoció con un riesgo de 2.047 veces más de presentar complicaciones postoperatorias que las que no tenían dolor pélvico.

Considerando las variables cuantitativas se encontró una relación significativa en presentar mayor estancia hospitalaria con 3 días de media y 6 días máximo de hospitalización relacionado a mayor riesgo de complicaciones, con el promedio en días de las estancias hospitalarias de las pacientes que tuvieron complicaciones fue de 3.22 días, mientras el promedio en días de las estancias hospitalarias de las pacientes que no tuvieron complicaciones fue de 2.28 días.

En nuestro estudio encontramos que al 69.2% se les realizó histerectomía vaginal y al 30.8% histerectomía vaginal asistida por laparoscopia, observándose una baja frecuencia de complicaciones en ambas por lo que coincidimos con los estudios de comparación entre 3 técnicas de histerectomía: abdominal, vaginal y laparoscópica, han demostrado que existen ventajas y desventajas de cada técnica dependiendo del motivo por el que hayan sido indicadas ¹¹⁻¹³. Comparando la histerectomía abdominal con la histerectomía vaginal se encuentra que ambas técnicas tienen excelentes resultados, pero las pacientes sometidas a histerectomía vaginal presentaron menores complicaciones febriles postquirúrgicas ^{2,13}, recuperación más corta y más benigna ^{2,14},

ausencia de cicatriz visible ^{8,14}, menor morbilidad ¹⁵, menor íleo intestinal y menor pérdida sanguínea ¹³. Ahora bien, estudios que han comparado histerectomía vaginal con histerectomía abdominal y al mismo tiempo con histerectomía laparoscópica, terminan recomendando incluso aquí las ventajas de la histerectomía vaginal por sobre las dos otras técnicas alegando no sólo sus bondades médico-quirúrgicas sino también sus bondades económicas ^{14,16,17}. A pesar de esto, sin embargo, todos los reportes publicados se condicen al aceptar que a pesar de las ventajas del abordaje vaginal, el abordaje abdominal es una necesidad muchas veces en el contexto de cada paciente, quedando esto demostrado en todos los estudios al mencionarse una mayor prevalencia de histerectomías abdominales que vaginales ^{2,5,7,10-16,18,19}.

Pareciera existir, al mismo tiempo, una anuencia en afirmar que el principal inconveniente de la histerectomía laparoscópica tiene que ver con la experticia del cirujano a cargo y los costos que se asocian a esta ¹⁹. Sin embargo, desde la perspectiva del paciente, la evidencia es contundente al resaltar las bondades del abordaje por laparoscopia: mejor satisfacción subjetiva, menor estancia hospitalaria, recuperación mucho más temprana, retorno pronto a labores económicas y afán estético satisfecho ²⁰. Al mismo tiempo, estudios bioquímicos han demostrado que el estrés quirúrgico (evaluado mediante el dosaje de interleukinas y proteína C

reactiva) es marcada y significativamente menor en los casos de laparoscopia frente a los casos de laparotomía ^{8,21}.

Ahora bien, en cuanto a la técnica a utilizar para la histerectomía (abdominal, vaginal, vaginal guiada por laparoscopia y laparoscópica) se ha mencionado que cada una tiene razones a favor y en contra que deben ser barajadas por el especialista a la luz de la naturaleza particular de cada paciente ²². En resumidas cuentas, se ha aceptado que la vía vaginal es la primera opción a elegir debido a que presenta una menor morbilidad, menor periodo de convalecencia y disminución de la estancia hospitalaria ^{11,23}. Sin embargo, tradicionalmente se ha descrito que la histerectomía vaginal debe diferirse en caso de existir contraindicaciones como: miomas, masas anéxales, necesidad de anexectomía, cirugía pélvica previa y nuliparidad¹¹; sobre estas, recientes publicaciones han agregado a la endometriosis severa o moderada, cesárea previa, útero grande como contraindicaciones para la histerectomía vaginal⁸. Pese a lo anteriormente descrito, un estudio realizado por Kovak y colaboradores encontró que en 91,3% de los casos de mujeres que presentaban una o más de las contraindicaciones antes descritas, tuvieron éxito al ser sometidas a histerectomía vaginal, probando la relatividad de dichos criterios y sobre todo el valor de la experticia del ginecólogo a cargo, y al mismo tiempo las ventajas de realizar una histerectomía vaginal guiada por laparoscopia ^{8,18}.

En el transcurso de los últimos 25 años, con la utilización cada vez mayor de la laparoscopia, se empleó esta primero como guía para la realización de histerectomía vaginal guiada por laparoscopia y finalmente se aplicó directamente como técnica operatoria realizándose la histerectomía laparoscópica^{3,20}. En la histerectomía vaginal guiada por laparoscopia, el laparoscopio solo sirve para el ligamiento e incisión de los ligamentos redondos, y los ligamentos suspensorios u ováricos en caso se vaya a realizar ooforectomía, todo el resto, incluyendo el ligamiento de las arterias uterinas se realiza por vía vaginal ^{3,14,18}. Se ha reconocido, incluso en nuestro medio, la necesidad de la histerectomía vaginal guiada por laparoscopia como punto intermedio, de aprendizaje, dominio y perfección de la técnica, hasta llegar finalmente a la implementación de la histerectomía laparoscópica ⁸.

Actualmente, en los países desarrollados, las posibilidades de intervención han avanzado a tal punto que se conocen un total de 16 técnicas quirúrgicas (ya por vía vaginal como por vía abdominal), las cuales incluyen: cauterización, embolización, ablación (bipolar y laser) y vaporización, entre otras técnicas demasiado ajenas a nuestra realidad concreta de país en vías de desarrollo ³.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.- CONCLUSIONES

El factor asociado a complicaciones de la histerectomía vaginal fue la presencia de dolor pélvico como motivos de consulta, considerándose como factor de riesgo y además de la mayor estancia hospitalaria como factor asociado a mayor probabilidad de complicaciones postoperatorias.

La frecuencia de histerectomía vaginal, fue del 69.2% y la asistida por laparoscopia fue del 30.8%.

La mayoría de pacientes eran desempleadas con grado de instrucción secundaria.

En cuanto a las características clínicas de las pacientes sometidas a histerectomía vaginal, la mayoría consultó por sensación de bulto, la mayoría tuvieron el diagnóstico de distopia genital, y el antecedente clínico de importancia fue el dolor pélvico e hipertensión arterial.

No hubo complicaciones intraoperatorias de importancia.

La complicación postoperatoria de mayor frecuencia fue la anemia.

La fiebre se presentó en el 4,8% de las pacientes postoperadas.

La mayoría no tuvo diagnóstico anatomopatológico.

5.2.- RECOMENDACIONES

Recomendamos la realización de un estudio prospectivo, longitudinal multicéntrico randomizado donde se consignent más variables.

CAPÍTULO VI

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Mettler L, Reich H, Feng L, Puntambekar S, Gallinat A, Stark M. Hysterectomy: Current Methods and Alternatives. Obstetrics and Gynecology International 2010.
2. Cisneros-Jaramillo G, Noboa-Flores E. Histerectomía. In: Pacheco J, ed. Ginecología Obstetricia y Reproducción. Lima: REP; 2007:654-60.
3. Papadopoulos M, Tolikas A, Miliaras D. Hysterectomy—Current Methods and Alternatives for Benign Indications. Obstetrics and Gynecology International 2010.
4. Babalola E, Bharucha A, Schleck C, Gebhart J, Zinsmeister A, Melton J. Decreasing utilization of hysterectomy: a population-based study in Olmsted country, Minnesota, 1965-2002. Am J Obstet Gynecol 2007;196:214.e1-.e7.
5. Vessey M, Villard-Mackintosh L, McPherson K, Coulter A, Yates D. The epidemiology of hysterectomy: findings in a large cohort study. Br J Obstet Gynaecol 1992;99:402-7.
6. Perineau M, Monroziés X, Reme J. Complications des hystérectomies. Rev Franc Gynécol d'Obstét 1992;5:299-304.
7. Iversen L, Hannaford P, Elliott A, Lee A. Long term effects of hysterectomy on mortality: nested cohort study. BMJ 2005;330:1482-5.
8. Celis A, Sandoval I. Histerectomía laparoscópica. In: Pacheco J, ed. Ginecología Obstetricia y Reproducción. Lima: REP; 2007:675-80.

9. Wilcox L, Koonin L, Porkas R. Hysterectomy in the United States: 1980-1990. *Obstet Gynecol* 1992;83:549-55.
10. Erekson E, Weitzen S, Sung V, Raker C, Myers D. Socioeconomic indicators and hysterectomy status in the United States, 2004. *J Reprod Med* 2009;54:553-8.
11. Salinas H, Naranjo B, Pastén J, Carmona S, Retamales B. Vías alternativas de histerectomía. Experiencia con 2527 pacientes en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev Calidad Asistencial* 2006;21:314-20.
12. Garry R, Fountain J, Mason S, Napp V, Bridgman S, Hawe J. The eVALuate study: two parallel randomized trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. *BMJ* 2004;328:129-33.
13. Garry R, Fountain J, Brown J, et al. Evaluate hysterectomy trial: a multicentre randomized trial comparing abdominal, vaginal and laparoscopic methods of hysterectomy. *Health Tech Asses* 2004;8:1-154.
14. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr L, Garry R. Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial. *BMJ* 2005;330:1478-86.
15. Colmenares C, Santana N, Márquez G, Guerra L. Factores de riesgo asociados a complicaciones infecciosas en pacientes sometidas a histerectomía: estudio de casos y controles. *Rev Cienc Salud* 2003;1:45-57.
16. Dorsey J, Holtz P, Griffiths R, MacGrath M, Steinberg E. Costs and charges associated with three alternative techniques of hysterectomy. *N Engl J Med* 1996;335:476-82.

17. Sculpher M, Manca A, Abott J, Fountain J, Mason S, Garry R. Cost effectiveness analysis of laparoscopic hysterectomy compared with standar hysterectomy: resultsfrom a randomized trial. *BMJ* 2004;328:134-9.
18. Kovac S, Cruikshank S, Retto H. Laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy. *J Gynecol Surg* 1990;6:185-93.
19. Serna E, Riaño G, Almanza L, et al. Histerectomia laparoscópica total, curva de aprendizaje: experiencia de Clínica del Prado. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2010;75:367-74.
20. Lieng M, Lømo A, Qvigstad E. Long-Term Outcomes Following Laparoscopic and Abdominal Supracervical Hysterectomies. *Obstetrics and Gynecology International* 2010.
21. Kim T, Yoon J. Comparison of the neuroendocrine and inflammatory responses after laparoscopic and abdominal hysterectomy. *Korean J Anesthesiol* 2010;59:265-9.
22. Payá V, Diago V, Abad A, et al. Histerectomía laparoscópica frente a histerectomía abdominal: estudio clínico comparativo. *Clin Invest Gin Obst* 2002;29:284-90.
23. Clinch J. Length of hospital stay after vaginal hysterectomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101:253-4.
24. Reich H, De-Caprio J, McGlynn F. Laparoscopic hysterectomy. *J Gynecol Surg* 2001;5:213-5.
25. Lower urinary tract injuries during hysterectomy in women with a history of two or more cesarean deliveries: a secondary analysis, Duong TH, Patterson TM., febrero 2014.
26. Daniel L. Clarke-Pearson, MD, y Elizabeth J. Geller, MD Complicaciones de la histerectomía: *Obstetric Gynecology* 2013;121:654-73

27. Rodríguez, M. E. G., Sánchez, R. E. R., & LLuesma, L. P. . Histerectomía vaginal en úteros no prolapsados en la mujer nulípara. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 2013, 17(3), 278-286.
28. Manríquez, Valentín, Michel Naser, and Mauricio Gómez. "Complicaciones intraoperatorias de la histerectomía vaginal por causas benignas. Experiencia de seis años, Hospital Clínico de la Universidad de Chile." *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 78.6 (2013): 432-435
29. Freddy W. García-Valderrama 1, Juan, F. Mere-Del Castillo, Factores de riesgo asociados a hematoma de cúpula infectado post histerectomía vaginal, *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2011; 57: 107-112
30. Incidental cystotomy at the time of a hysterectomy. Duong TH (1), Gellasch TL. *International Urogynecology Journal*. 2010.

CAPÍTULO VII

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Datos de filiación

Edad: _____

Estado laboral:

Empleada ☐ ☐

Grado de instrucción:

Primaria Completa ☐ Incompleta ☐

Secundaria Completa ☐ Incompleta ☐

Superior Completa ☐ Incompleta ☐

Características Clínicas

Motivo de consulta: _____ bulto, hemorragia, incontinencia, dolor pélvico

Tiempo de enfermedad: _____ 1^a-3m-1^a

Antecedentes médicos de importancia: Sí ☐ No ☐

Antecedentes quirúrgicos de importancia: Sí ☐ No ☐

Perfil vaginal: _ _ _ Paridad: _____

Peso: _____

Talla: _____

Antecedente de aborto: Sí ☐ No ☐

IMC: _____

Características quirúrgicas intraoperatorias

Diagnósticos preoperatorios: _____ distopia-incontinencia-HUD, miomas, patologías endometriales y patologías cervicales.

Tipo de histerectomía: _____

Tiempo operatorio: _____

Complicaciones intraoperatorias: Sí (sangrado, lesiones urológicas1)

☐ No ☐

Necesidad de transfusión sanguínea: Sí ☐ No ☐

Características Quirúrgicas Postoperatorias

Estancia en UCI Sí ☐ No ☐

Estancia hospitalaria postquirúrgica:

Complicaciones postoperatorias Sí ☐ No ☐

Características Anatomopatológicas

Diagnóstico de Patología: _____